

пальмового масла, уровень ЛПНП был выше ($p < 0,05$) по сравнению с группой контроля. Динамика роста уровня ОХ была достоверно больше ($p < 0,05$) в группе потреблявшей 25 г пальмового и 25 г сливочного масла по сравнению с группами потреблявшими пальмовое масло в меньших дозах и с группой контроля. Динамика ЛПВП была ниже ($p < 0,05$) в группах потреблявших 7,5 и 15 г пальмового масла, по сравнению с группами потреблявшими по 25 г пальмового и сливочного масла, по сравнению с группой контроля. Динамика роста ЛПНП была также наибольшей в группе потреблявшей по 25 г пальмового масла и составила 0,29 (-0,12; 1,03) ммоль/л. Отличий в динамике ТГ между группами не установлено ($p > 0,05$).

Дислипидемия оценивалась по отклонению одного из четырех показателей липидограммы [3]. При повторном исследовании частота встречаемости дислипидемии имела тенденцию к повышению, и была у 8,8% – ГК, у 25% – ГО, у 27% – ГС, у 25% – ГО-1 и у 23% – ГО-2. Однако отличия были недостоверными ($p > 0,05$) по сравнению с исходной частотой в группах: 20,6% в ГК, 9,3% в ГО, 24,17% в ГС, 40% в ГО-1 и 23% в ГО-2.

Вывод. Таким образом, при потреблении молодыми здоровыми лицами пальмового масла в количестве 15 и 25 г и сливочного масла – 25 г, получено достоверное повышение уровней ОХ, ЛПНП, с их наибольшей динамикой, что служит фактором риска развития у них сердечно-сосудистых заболеваний.

ЛИТЕРАТУРА

1. Титов, В.Н. Высокое содержание пальмитиновой жирной кислоты в пище – основная причина повышения холестерина липопротеинов низкой плотности и атероматоза интимы артерий / В.Н. Титов // Клин. лаб. диагностика. – 2013. – № 2. – С. 3-10.

2. Mellenthin, L. Association between serum vitamin D concentrations and inflammatory markers in the general adult population / L. Mellenthin [et al.] // Metabolism. – 2014. – Vol. 63. № 8. – С. 1056-1062.

3. Рекомендации ЕОК/ЕОА по диагностике и лечению дислипидемий 2016 [Электронный ресурс] / А. L. Catapano [et al.]; Рабочая группа Европейского общества кардиологов (ЕОК) и Европейского общества атеросклероза (ЕОА) по диагностике и лечению дислипидемий // Российский кардиологический журнал. – 2017. – № 5 (145). – С. 7-77. – Режим доступа: <http://dx.doi.org/10.15829/1560-4071-2017-5-7-77>. – Дата доступа: 20.12.2017.

ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ПРИ АНОМАЛЬНОМ РАСПОЛОЖЕНИИ ПУЗЫРНОЙ АРТЕРИИ

Белоус П.В., Ващенко В.В., Сермяжко С.В.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. Аномальные варианты происхождения, числа и траектории пузырной артерии в ассоциации со сложностью взаимоотношений

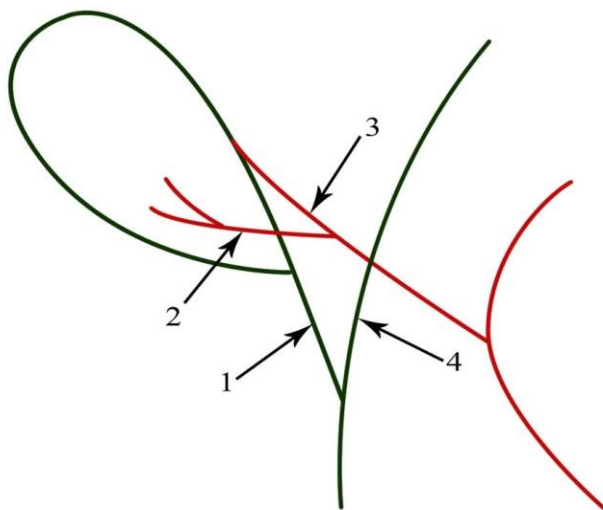
её с пузырным протоком, с общим желчным протоком, правой печеночной артерией и другими соседними образованиями, делают иногда холецистэктомию опасной, рискованной, могут способствовать появлению тяжелых осложнений как в интра- так и в постоперационном периоде. При наличии дополнительной артерии к правой доле печени, возникает изменение классического соотношения структур гепато-дуоденальной связки. Вместо обычного расположения слева-направо: холедох, воротная вена, собственная печеночная артерия, возникает новый вид расположения структур (слева-направо): дополнительная артерия к правой доле печени, холедох, воротная вена, собственная печеночная артерия. При этом, в большинстве случаев, также изменяется источник пузырной артерии. Обнаруживается либо дополнительная пузырная артерия от дополнительной артерии к правой доле печени, либо единственная пузырная артерия отходит от дополнительной артерии к правой доле печени. В последнем случае возникает резкое изменение структур в треугольнике Кало. Либо пузырная артерия в треугольнике Кало отсутствует, либо, помимо треугольника Кало, обнаруживается альтернативный треугольник, имеющий границами дополнительную артерию к правой доле печени, пузырный проток и линию соединяющую точку исхода пузырного протока из желчного пузыря и точку впадения дополнительной артерии к правой доле печени в паренхиму печени. В таком альтернативном треугольнике и проходит дополнительная или единственная пузырная артерия.

Целью данной научно-исследовательской работы является изучение способа холецистэктомии при аномальном расположении пузырной артерии.

Материалы и методы исследования. Для достижения данной цели было произведено анатомическое препарирование 105 органокомплексов человека обоего пола в возрасте от 45 до 60 лет.

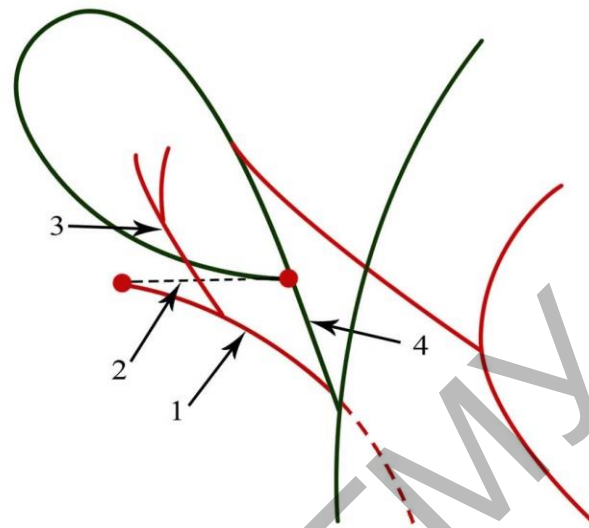
Результаты и их обсуждение. Наши исследования выявили 26 случаев (24,7%), при которых найдена дополнительная артерия к правой доле печени. В таких случаях правая доля печени получала кровоснабжение из двух сосудов.

При этом в подавляющем большинстве из них (17,2%) именно дополнительная артерия к правой доле была источником пузырной артерии. Рассмотрев корреляцию структур гепато-дуоденальной связки при таком анатомическом варианте, мы выявили закономерность расположения дополнительной артерии к правой доле печени, пузырного протока, и пузырной артерии. Соотношение вышеперечисленных структур, позволяет выделить треугольник, на подобии треугольника Кало, условно обозначенный нами как «альтернативный треугольник». Границами такого треугольника являются: дополнительная артерия к правой доле печени, пузырный проток и линия, соединяющая места впадения дополнительной артерии в ткань печени с местом выхода пузырного протока из желчного пузыря (схема а, б).



А. Схема треугольника Кало:

1) пузырный проток; 2) пузырная артерия;
3) правая ветвь собственной печеночной
артерии; 4) общий печеночный проток



Б. Схема альтернативного треугольника:

1) дополнительная артерия к правой доле
печени; 2) условная линия, соединяющая
место впадения дополнительной артерии
в ткань печени и место исхода пузырного
протока из желчного пузыря; 3) пузырная
артерия; 4) пузырный проток

Подобно треугольнику Кало, альтернативный треугольник содержит в себе пузырную артерию, которую необходимо клипировать во время холецистэктомии. При таком варианте возникает затруднение дифференциации структур и повышается вероятность ятрогенных повреждений. Это делает необходимым разработку соответствующих, более эффективных способов выделения пузырной артерии в «альтернативном треугольнике», применимых в холецистэктомии. Поставленная задача решается путем осуществления доступа к структурам гепато-дуоденальной связки над альтернативным треугольником, после диссекции тканей в области треугольника Кало. Отличительным является то, что после ревизии структур над областью треугольника Кало, и отсутствии в нем пузырной артерии, производят диссекцию тканей над альтернативным треугольником. Для этого ориентируются на описанную выше схему альтернативного треугольника. После постепенной диссекции пузырного протока до места истока из желчного пузыря, производят диссекцию тканей, с целью обнаружения и выделения дополнительной артерии к правой доле печени. Определив ориентиры альтернативного треугольника, производят диссекцию тканей, с целью выявления пузырной артерии, располагающейся в пределах альтернативного треугольника. После выявления пузырной артерии, и ее выделения, производят клипирование последней, с последующим клипированием пузырного протока.

Выводы. В случае отсутствия пузырной артерии в треугольнике Кало, обязательным является поиск ее в «альтернативном треугольнике». Нахождение пузырной артерии в пределах альтернативного треугольника требует изменения хирургической тактики с целью предотвращения

ятрогенных повреждений дополнительной артерии к правой доле печени и возникновения кровотечения. Описанный способ холецистэктомии при отсутствии пузырной артерии в пределах треугольника Кало позволяет улучшить результаты оперативного вмешательства.

ЛИТЕРАТУРА

1. Тарасов А.Н., Профилактика, диагностика и лечение ятрогенных повреждений желчных путей при лапароскопической холецистэктомии / Тарасов А.Н., Шапошникова Т.А., Фомин В.Н., Дерябина Е.А., Устинов Н.А. // Анналы хирургической гепатологии. 4-я конференция хирургов гепатологов (3-5.10.96): Материалы. Тула. 1996. – том 1. – с. 301.

2. Johnston E.V., Variations in the formation and vascular relationship of the bile ducts/ Johnston E.V., Anson B.J. // Surg. Gynecol. Obstet. 1952. – vol. 94. – P. 669-686.

НОВООБРАЗОВАНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ: ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ У ДЕТЕЙ

¹Бердовская А.Н., ¹Попко И.А., ²Домаренко Т.Н.

¹УО «Гродненский государственный медицинский университет»

²УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница»

Актуальность. Опухоли центральной нервной системы (ЦНС) – это группа первичных новообразований, различных по своему происхождению, степени злокачественности и прогнозу, поражающих головной и спинной мозг.

Опухоли ЦНС занимают второе место по частоте в структуре злокачественных новообразований детского возраста и первое место среди солидных опухолей. По данным регистров, они составляют около 20% всех злокачественных новообразований детского возраста и представлены главным образом опухолями головного мозга.

Цель – дать клиническую характеристику новообразований центральной нервной системы у детей Гродненской области.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 38 медицинских карт стационарных пациентов с опухолями ЦНС, госпитализированных в УЗ «ГОДКБ» с 2012 по 2017 гг.

Результаты и их обсуждение. Мальчики составили 40%, девочки – 60%. В 34% случаев опухоли диагностированы у детей старшего школьного возраста, реже преддошкольного – 29%, дошкольного и младшего школьного – по 16%, 5% случаев составили дети первого года жизни.

У 60% детей наблюдался синдром интоксикации в виде тошноты, рвоты, беспокойства, снижения аппетита. Головную боль отмечали 40% обследуемых. Параллельно с этим у 16% наблюдался судорожный синдром либо пароксизмальные состояния, у 13% – болевой синдром. Нарушения функции черепных нервов описаны в 26%, двигательные и чувствительные нарушения в